

## ASPECTS ÉTIOLOGIQUES DES RECTORRAGIES CHEZ L'ADULTE EN MILIEU AFRICAIN : A PROPOS DE 85 CAS COLLIGES EN 12 ANS AU CHU – CAMPUS DE LOMÉ.

AETIOLOGICAL ASPECTS OF PROCTORRHAGIA AT THE BLACK ADULT AFRICAN: ABOUT 85 CASES COLLECTED IN 12 YEARS IN CHU – CAMPUS OF LOMÉ

A. M. Djibril<sup>1,2</sup>, K. B. M'ba<sup>2</sup>, A. Bagny<sup>2</sup>, L. Kaaga<sup>2</sup>, D. Redah<sup>2</sup> \*

1. Services de Médecine Interne des CHU-CAMPUS et TOKOIN Lomé -TOGO ; 2. Services d'Hépatogastro-Entérologie du CHU-CAMPUS BP: 8319 Lomé -TOGO

**Correspondance :** \* Professeur D. REDAH, Service d'Hépatogastro-Entérologie du CHU-CAMPUS. BP : 8319 Lomé- TOGO. Tel : (00228) 225 47 39 ou 225 78 08 ; e-mail : dredah @ tg.refer.org ou redaht @ yahoo.fr

### RESUME :

**But :** recenser les étiologies des rectorragies au CHU-Campus de Lomé.

**Méthodologie :** Il s'agit d'une étude rétrospective sur 12 ans (1<sup>er</sup> janvier 1995 - 31 décembre 2006), réalisée à partir des comptes-rendus de coloscopie. Elle a inclus les dossiers des malades des deux sexes, âgés de plus de 15 ans, ayant présenté une rectorragie explorée par une ano-rectoscopie et une coloscopie totale. **Résultats :** les rectorragies représentent 38,72 % des indications de la coloscopie. Les malades âgés de 24 à 45 ans ont été les plus atteints (52,94 %). Une prédominance masculine a été retrouvée (sex-ratio : 2,4). Parmi les étiologies retrouvées, les hémorroïdes ont été plus fréquentes (23,53 %) suivies par les colites non spécifiques (16,47 %), la recto-colite ulcéro-hémorragique (15,29 %), la diverticulose colique (10,58 %), les colites amibiennes (9,4 %) et le cancer colorectal (5,88 %). Les hémorroïdes étaient associées à une colite non spécifique (1 cas), à une recto-colite ulcéro-hémorragique (1 cas), à une colite amibienne (1 cas) et à une diverticulose colique (1 cas). Dans 12 cas (14,12 %), aucune étiologie n'a été retrouvée.

**Conclusion :** Les hémorroïdes représentent l'étiologie la plus fréquente des rectorragies à Lomé; cependant leur découverte à l'ano-rectoscopie ne doit pas dispenser de la réalisation d'une coloscopie complète à la recherche de lésions associées.

**Mots clés :** rectorragie, étiologie, ano-rectoscopie, coloscopie.

### SUMMARY

**Purpose :** To count the aetiology of proctorrhagia in Lomé.

**Methods :** It is a retrospective study, over 12 years (1<sup>st</sup> January 1995 – 31 December 2006), realised from the reports of the coloscopy . It included the patients of the two sexes, old of more than 15 years, having presented a proctorrhagia explored by ano-rectoscopy and coloscopy.

**Results :** The proctorrhagia represent 38,72 % of the indications of the coloscopy. The patients from 24 to 45 years were reached (52,94 %). A male prevalence was found (sex-ratio: 2,4). Among the aetiology found, the haemorrhoids more frequent (23,53 %), were followed by the non specific colitis (16,47 %), the ulcero- haemorrhage rectocolitis (15,29 %), the colon diverticulosis (10,58 %), the amoebic colitis (9,4 %) and colorectal cancer (5,88 %). The hémorroïd were associated with a non specific colitis (1 case), a ulcéro-hemorrhagic rectocolitis (1 case), an amoebic colitis (1 case) and diverticulose colic (1 case). In 12 cases (14,12 %), no aetiology was found.

**Conclusion :** The haemorrhoids represent the most frequent aetiology of the proctorrhagia in Lomé; however their discovery in ano-rectoscopy should not exempt realisation of a complete coloscopy in the search of other causes.

**Key words :** proctorrhagia, aetiology, ano-rectoscopy, coloscopy.

### INTRODUCTION

La rectorragie constitue un motif fréquent de consultation qui doit conduire systématiquement à des explorations endoscopiques notamment l'ano-rectoscopie et la coloscopie totale dans le souci de retrouver une étiologie. Cependant ce motif fréquent de consultation contraste avec l'absence de travaux menés dans la sous-région rapportant les étiologies de la rectorragie en milieu africain; alors que de nombreuses séries portant sur les aspects épidémiologiques et étiologiques des rectorragies ont été rapportées par des auteurs Occidentaux [1-5] et Américains [6-7].

Cette étude a pour objectif de recenser les étiologies des rectorragies au CHU-CAMPUS de LOMÉ.

### MATERIELS ET METHODES

C'est une étude rétrospective sur 12 ans (janvier 1995 - décembre 2006), réalisée à l'Unité d'Endoscopie Digestive du CHU Campus de Lomé. Ont été inclus les comptes rendus endoscopiques des malades des 2 sexes, âgés de plus de 15 ans qui ont présenté une rectorragie explorée par une ano-rectoscopie complétée par une coloscopie totale.

### RESULTATS

#### 1- Epidémiologie

##### 1-1- Fréquence :

Au cours de notre période d'étude, 785 malades ont bénéficié d'une endoscopie digestive basse dont 304 cas réalisés pour une rectorragie ; ce qui représente une fréquence endoscopique globale de 38,72 %. Sur les 304

cas de rectorragie, 85 cas (27,96 %), répondant à nos critères d'inclusion ont été retenus.

2-1-2- Age et sexe des malades. Les 85 comptes-rendus de rectorragie ont concerné 60 hommes (70,59 %) et 25 femmes (29,41 %) ; soit une sex-ratio de 2,4. Leur âge moyen a été de 47 ans (extrêmes : 20 et 84 ans).

La rectorragie a été plus fréquente chez les malades âgés de 24 à 45 ans (43 cas soit 52,44 %). Le tableau I nous montre la répartition des cas selon l'âge et le sexe.

**1-2- Les examens paracliniques à visée diagnostique.** Les explorations à visée diagnostique réalisées ont consisté en une anorectoscopie complétée par une coloscopie totale dans 100 % des cas. Par ailleurs une fibroscopie digestive haute a été pratiquée chez 13 malades (15,29 %) qui ont présenté une rectorragie de grande abondance et ou chez lesquels l'anorectoscopie et la coloscopie n'avaient pas retrouvé de lésion.

**1-3- Les étiologies retrouvées :** Elles sont diversifiées, dominées par les hémorroïdes, les colites non spécifiques et la recto-colite ulcéro-hémorragique (R.C.U.H) (Voir tableau II).

**Les hémorroïdes :**

Les hémorroïdes représentent la première cause de rectorragie : 20 cas (23,53%). Il s'agissait de 14 hommes et 6 femmes dont l'âge était compris entre 20 et 73 ans. Elles étaient associées à une colite non spécifique (1 cas) , à une RCUH (1 cas), à la colite ambiénne (1 cas) et à la diverticulose colique (1 cas).

**Les colites non spécifiques :** Elles représentent la deuxième cause des rectorragies : 14 cas (16,47%) dont 9 hommes et 5 femmes ayant un âge compris entre 22 et 70 ans. Elles étaient associées à la diverticulose colique diffuse chez 1 homme de 45 ans et à une polypose recto-sigmoïdienne chez un homme de 43 ans.

**La recto-colique ulcéro-hémorragique :** Elle représente la troisième cause des rectorragies : 13 cas (15,29 %) dont 9 hommes et 4 femmes ayant un âge compris entre 20 et 60 ans. Elle était associée à la diverticulose colique chez 1 homme de 42 ans.

**La diverticulose colique :** Elle occupe le quatrième rang des étiologies des rectorragies : 9 cas soit 10,59 % dont 7 hommes et 2 femmes ; leur âge était compris entre 41 et 80 ans.

**La colite ambiénne :** Elle a été retrouvée dans 8 cas soit 5,88 % ( 6 hommes et 2 femmes) dont l'âge était compris entre 28 et 58 ans.

**Les cancers colo-rectaux :** Ils ont été retrouvés dans 5 cas (4 hommes et 1 femme) avec un âge compris entre 45 et 84 ans. Il s'agissait d'un cancer sigmoïdienne dans 2 cas et d'un cancer rectal dans 3 cas. Sur le plan histologique, ces cancers étaient tous des adénocarcinomes , différencié dans 3 cas (2 au sigmoïde et 1 au rectum) et indifférencié dans 2 cas, de siège rectal. Les lésions associées étaient une polypose recto-sigmoïdienne chez un homme de 43 ans et une diverticulose colique chez une femme de 65 ans.

**COMMENTAIRE**

Cette étude nous amène à faire des commentaires sur les données épidémiologiques et les étiologies des rectorragies à Lomé.

1. **Epidémiologie :** Parmi les indications de l'endoscopie digestive basse, la rectorragie est la plus fréquente. Dans notre étude, elle a représenté 38,72 % (1<sup>er</sup> rang des indications de l'endoscopie basse). Cette fréquence est comparable à celles rapportées en France par CANARD et coll. [1] et MOUTERDE et coll. [2] qui ont trouvé respectivement 36% et 43,62%.

L'âge moyen des malades dans notre série est de 46 ans (extrêmes : 20 et 84 ans) avec une prédominance des adultes jeunes : 52,94 % des malades ont un âge compris entre 24 à 45 ans.

Dans les séries occidentales [3-5], l'âge moyen des malades est plus élevé (56 à 70 ans). Ceci pourrait s'expliquer par l'espérance de vie plus élevée en Occident (70 et 75 ans) qu'en Afrique Noire (50-55 ans) et /ou la fréquence plus élevée des affections colo-rectales.

La prédominance masculine retrouvée dans notre série (sex-ratio : 2,4) est comparable à celle de CAOS et Coll. [6] aux USA ; KOURAKLIS et coll. [4] en Grèce et RAOUL et Coll. [5] en France avec des sex-ratio respectivement de 1,50 ; 1,68 et 1,76. Cependant MAKELA et Coll. [3] en Finlande et COLACCHIO et Coll. [7] aux USA ont retrouvé une égalité de répartition dans les 2 sexes, dans des séries respectives de 266 et 178 malades. Nous n'avons pas retrouvé de séries africaines similaires en vue d'une comparaison avec nos résultats.

2. **Etiologies des rectorragies :** Dans notre étude, les hémorroïdes représentent la première cause de rectorragie : 20 cas (23,53 %) suivies respectivement par les colites non spécifiques : 14 cas (16,47 %), la recto-colite ulcéro-hémorragique : 13 cas (15,29 %), la diverticulose colique : 9 cas (10,58 %), la colite ambiénne : 8 cas (9,41 %), le cancer colorectal : 5 cas (5,88%).

En Occident, MAKELA et coll. [3] ont retrouvé une prédominance des hémorroïdes (28 %) suivies par les colites et le cancer colo-rectal avec 10 % chacun, alors que selon plusieurs auteurs [4-7], la diverticulose colique représente la cause la plus fréquente des rectorragies ; ROSSINI et coll. [8] ont quant à eux retrouvé une prédominance des cancers colo-rectaux (21,82 %) suivis par la diverticulose colique (18 %) puis les colites toutes causes confondues (14,47 %). Par ailleurs, dans notre série aucune cause n'a pu être retrouvée dans 12 cas (14,12 %) tout comme l'ont rapporté plusieurs auteurs [3, 4, 6, 7, 8, 9] avec des fréquences variant de 6,25 à 22,85%.

Le tableau III montre la fréquence des étiologies des rectorragies selon différents auteurs. En Afrique nous n'avons trouvé aucune étude portant sur l'étiologie des rectorragies en vue d'une comparaison.

**CONCLUSION**

Les rectorragies constituent une indication fréquente de l'endoscopie digestive basse à Lomé. Ses étiologies sont diversifiées mais dominées par les hémorroïdes dont la découverte ne doit pas

dispenser de la réalisation d'une coloscopie complète à la recherche d'autres causes associées.

Tableau II : Les différentes étiologies des rectorragies.

Tableau I : Fréquence de la rectorragie par tranche d'âge selon le sexe.

Tranches d'âge (ans)	Masculin		Féminin		Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
< 20	-	-	-	-	-	-
[20-40]	30	(35,30)	12	(14,11)	42	(49,41)
[41-60]	18	(21,17)	8	(9,41)	26	(30,58)
[61-80]	11	(12,94)	5	(5,88)	16	(18,82)
> 80	1	(1,18)	-	-	1	(1,18)
Total	60	(70,60)	25	(29,40)	85	(100)

Etiologie	Nombre	de (%)
Hémorroïdes	20	23,53
CNS	14	16,47
RCUH	13	15,29
Diverticulose colique	9	10,59
Colite amibienne	5	9,41
Cancer colo-rectal	1	5,88
Rupture de VO	1	1,18
Polypes	1	1,18
Colite mycosique	1	1,18
Colite bilharzienne	12	1,18
Aucune cause retrouvée		14,12
<b>TOTAL</b>	<b>85</b>	<b>100,00</b>

RCUH : recto-colite hémorragique. VO : varices oesophagiennes. CNS : colites non spécifiques.

Tableau III : Fréquence des étiologies des rectorragies selon divers auteurs (en %).

Etiologies	Notre série	Makela et coll [3]	Colacchio et coll [7]	Caos et coll [6]	Kouraklis et coll [4]	Raoul et coll [25]	Rossini et coll [8]
Hémorroïdes	23,53	28	3	-	-	-	-
Colites	43,53	10	5	8,54	8,47	11	14,47
Diverticulose colique	10,58	19	55	22,86	22,03	26	18
Cancer colorectal	5,88	10	6	2,85	8,47	11	21,82
Polypose colique	1,18	-	2	14,28	5,80	11	10,93
Fissures anales	-	11	-	-	-	-	-
Angiodysplasies	-	7	7	20	3,39	3	5
Maladie de Crohn	-	-	-	-	3,39	-	-
Causes dig. hautes	1,18	-	-	-	-	4	-
Causes du grêle	-	-	-	14,28	-	-	-
Colite ischémique	-	-	-	-	-	-	5
Cause non retrouvée	14,12	17	18	22,85	6,25	9,45	24

dig. : digestive

## REFERENCES

- CANARD J. M., CARAYON P., DUMAS R. La coloscopie en France en 1998 : résultats d'une enquête prospective nationale de la société française d'endoscopie digestive. Sem. Hop. 1998 ; 22 : 111-114.
- MOUTERDE O., HADJI S., MALLET E., LE LUYER, METAYER B. Les hémorragies digestives : à propos de 485 endoscopies. Sem. Hop. 1996, 43 (3) : 167-176
- MAKELA J. T., KIVINIEMI H., LAITINEN S., KAIRALUOMA M. I. Diagnosis and treatment of acute lower gastrointestinal bleeding. Scand. J. Gastroenterol. 1993 ; 28 (12) : 1062-1066.
- KOURAKLIS G., MISIAKOS E., KARATZOS G., GOGAS J., SKALKAS G. Diagnostic approach and management of active lower gastrointestinal hemorrhage. Int. Surg 1995 , 80 (2) : 138 - 140.
- RAOUL J. L., BOUTROUX D. BRETAGNE J. F., ROPERT A., GOSSELIN M. Rectorragies abondantes (RA) : enquête étiologique rétrospective dans une unité de soins intensifs. Gastroentérol. Clin. Biol. 1992 ; 16 : 189.
- CAOS A., BENNER K. G., MANIER J., Mc CARTHY D.M., BLESSING L., KATON R. Colonoscopy after Golytely preparation in acute

- rectal bleeding. J. Clin. Gastroenterol. 1986, 8 (1) : 46-49.
- COLACCHIO T. A., FORDE K. A., PATSOS T. J., NUNEZ D. Impact of Modern Diagnostic Methods on the management of Active Rectal Bleeding. Ten year experience. Scientific Papers 1982 ; 143 : 607-610.
- ROSSINI F. P., FERRARI A., SPANDRE M., CAVAALERO M., LOVERCI C. Emergency Colonoscopy. World J. Surg. 1989 ; 13 : 190-192.
- RAOUL J-L. Hémorragies digestives basses abondantes. Gastroentérol. Clin. Biol. 1995 ; 19 : 41- 46.